FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN MÉRY

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux

Né à Paris, le 8 Septembre 1898

L'ŒDÈME PULMONAIRE

INFECTIEUX SUBAIGU

DU NOURRISSON

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur H. MÉRY

Médecin de l'hopital des Enfants-Malades
Professeur agrégé a la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a été mon premier maître dans les hôpitaux, et qui est demeuré mon guide le plus sûr au cours de mes études médicales, je suis heureux de témoigner, ici, ma profonde affection, et de lui exprimer mon infinie reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur DELBET
M. le Professeur SERGENT
M. le Docteur ARROU

Externat

M. le Docteur GUINON (1920)
M. le Professeur GUILLAIN (1921)
M. le Professeur BEZANÇON (1922)
M. le Professeur LECÈNE (1923)
M. le Docteur LAUBRY (1924)

Internat Provisoire

Docteur AMEUILLE (1925)
Docteur TROISIER (1925)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. BEZANÇON

Professseur de clinique a la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'hopital St-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse gratitude pour son enseignement et pour l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Dr DEBRÉ

Médecin des hopitaux
Professeur agrégé a la Faculté de Médecine

J'adresse tous mes remerciements ; il m'a permis d'utiliser ses observations, et ses conseils m'ont été très précieux pour la rédaction de cette thèse.

A M. le Dr SEMELAIGNE

Ancien interne des hopitaux

Nous exprimons notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a prêté son concours.

CHAPITRE I

Introduction

Nous avons eu l'occasion de voir, avec les docteurs Debré et Semelaigne, dans le service de notre père à la nouvelle crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, quelques nourrissons présentant un syndrome pulmonaire assez comparable. On n'a pas encore, croyons-nous, attiré l'attention sur cet ensemble symptomatique qu'il nous a paru intéressant d'étudier.

Il s'agit d'un syndrome clinique frappant surtout des prématurés, mais bien constitués, dans les premiers mois de leur vie ; ce syndrome est caractérisé par une toux opiniâtre, une dyspnée d'importance variable, avec parfois rejet de mucosités glaireuses ou muco-purulentes, des râles crépitants aux deux bases, tandis que l'état général est très peu touché et la température à peine plus élevée que la normale.

Il ne nous semble pas, d'après les recherches bibliographiques que nous avons faites, que ce syndrome ait été décrit jusqu'ici.

Hénoch, dans ses cliniques, attire l'attention sur certaines bronchites du nouveau-né, bénignes, mais très tenaces. Il ne semble pas, cependant, que cet auteur ait eu en vue les mêmes malades que nous, car la symptomatologie qu'il décrit s'écarte assez nettement de celle que nous rapportons :

« Chez les tout jeunes enfants, dit-il, dès les premiers mois de la vie, on rencontre fréquemment une forme particulière de catarrhe bronchique et trachéal.

« C'est tantôt une toux fréquente, hachée, s'éveillant par la pression sur le point de bifurcation de la trachée, tantôt et plus souvent un stertor accompagnant presque constamment l'inspiration et l'expiration, et que les mères appellent d'habitude des « glaires sur la poitrine ».

« Ce bruit est parfois si fort qu'il inquiète vivement les parents, et il arrive, suivant la quantité de mucus secrété, que le stertor, grinçant et devenant plus sec, rappelle le bruit croupal. Chaque effort de toux l'affaiblit, le dissipe même tout à fait ; mais il ne tarde pas à reparaître.

« L'examen physique ne révèle que des râles muqueux à grosses bulles ou ronflants, particulièrement entre les omoplates ; et immédiatement après la toux, de la respiration rude seulement qui fait de nouveau, peu après, place aux râles.

« Les petits malades peuvent se trouver tout à fait

bien portants, bien que la plupart des enfants que j'ai observés parussent un peu pâles et mous.

« Pas de fièvre, l'appétit est bon, et la toux, qui est rare, inquiète peu les parents.

« Ce catarrhe, dans les cas que j'ai observés, *s'est distingué par son opiniâtreté.*

« Des semaines, des mois s'écoulaient avant la guérison, et cette tendance marquée à une marche chronique était d'autant plus fâcheuse que chaque refroidissement produisait une exacerbation avec même apparition de la fièvre ».

Il montre ensuite, dans les bronchites chroniques du nourrisson et du jeune enfant, la fréquence d'accès aigus pasagers, avec dyspnée et tachypnée très accentuées. Le début de ces poussées est fréquemment marqué par du coryza et souvent par une attaque de faux croup.

M. Comby décrit chez les grands enfants des bronchites chroniques primitives succédant à un rhume banal qui se prolonge sans réaction générale ou fébrile marquée. L'auscultation révèle des râles sonores, sibilants, ou bien des *râles sous-crépitants* occupant les sommets ou les bases, surtout en arrière.

Dans ce dernier cas, que M. Comby appelle « *bronchite crépitante* », l'affection est plus tenace, plus durable. Mais le pronostic reste bon. La dyspnée, peu marquée au repos, est accentuée à l'effort.

Cette bronchite crépitante se rencontrerait fréquemment chez les scrofuleux.

M. Lesage décrit chez le nourrisson un « coup de sang pulmonaire à frigoré », phénomène purement mécanique dû à l'encombrement bronchique. Il se traduit essentiellement par de la cyanose des extrémités, des râles fins à l'inspiration dans toute l'étendue des poumons. Pas de signes infectieux : température normale, appétit conservé.

Mais la guérison se fait rapidement en huit à dix jours. Il faut signaler cependant des reprises possibles, ou la persistance de râles fins et de toux pendant 15 à 20 jours.

En dehors de ces auteurs, nous n'avons pas trouvé décrit chez les enfants d'ensemble symptomatique qui se rapproche des observations que nous rapportons.

Rilliet et *Barthez* décrivent chez l'enfant des œdèmes aigus du poumon secondaires aux fièvres éruptives, à la scarlatine surtout, chez les enfants chétifs, malingres, qui, à la dernière période d'une maladie aiguë ou chronique, s'éteignent insensiblement, l'œdème du poumon peut revêtir une allure chronique : mais cet œdème « cachectique », comme l'appellent Rilliet et Barthez, est bien différent des cas que nous avons étudiés.

De nombreux pédiâtres (Comby, Marfan, Lesage) ont décrit des bronchites ou des broncho-pneumonies latentes chez les nourrissons cachectiques ou athrepsiques, dont les signes physiques sont sujets

à confusion avec ceux du syndrome que nous décrivons ; il ne saurait en être question ici, étant donné la gravité du pronostic et l'atteinte profonde de l'état général.

Signalons seulement qu'elles sont particulièrement fréquentes chez les prématurés. (Marfan).

CHAPITRE II

Observations

Voici résumée l'histoire de nos petits malades :

OBSERVATION 1

B... Georges, entré le 20 octobre 1924 à la nouvelle crèche, à l'âge de un mois et demi, pour toux opiniâtre durant depuis plus d'un mois et pour convulsions.

L'enfant est né à terme, pesant trois kilos ; il a été nourri au sein. Le père est bien portant, ainsi que la mère dont c'est la première grossesse. L'enfant, dit sa mère, tousse depuis sa naissance ; cette toux, légère au début, a peu à peu augmenté de fréquence et d'intensité, devenant quinteuse et opiniâtre. Jusqu'à l'âge d'un mois pourtant, il a continué a bien se nourrir et à engraisser régulièrement. Vers le 15 octobre, la toux augmente encore ; l'enfant se met à vomir et à maigrir ; il a quelques selles vertes. Le 19 octobre, il a une crise convulsive généralisée après laquelle ses parents le conduisent à l'hôpital.

L'enfant est pâle, légèrement cyanique, il est très

abattu, somnolent. La température est basse (36°7). La respiration est irrégulière, entrecoupée de pauses durant de quatre à huit secondes, rappelant le rythme de Cheyne-Stokes. Son pouls est rapide à 140, régulier. L'examen pulmonaire ne montre aucune modification de la sonorité ; mais à l'auscultation on trouve sur toute l'étendue des deux champs pulmonaires, en arrière et dans les régions axillaires, des râles crépitants, très fins et très secs, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration. Il n'y a pas de souffle, pas de retentissement du cri ni de la toux. Le reste de l'examen montre un foie augmenté de volume ; la rate n'est pas perceptible, la gorge est normale ; la recherche du signe de Chvostek est négative ; la ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal.

Les jours suivants, la température s'élève légèrement, atteint 38° et 38°5, et retombe au bout de trois jours à la normale. La respiration reste irrégulière, coupée de pauses de moins en moins fréquentes et de moins en moins longues, pendant trois jours, puis devient presque normale.

La toux reste fréquente, opiniâtre, quinteuse, moins cependant qu'à l'entrée. Les signes physiques pulmonaires ne changent pas ; on entend toujours de nombreux râles secs et fins à l'inspiration dans les deux champs pulmonaires.

L'enfant boit mieux et ne perd pas de poids, ses selles sont normales.

Cinq jours après son entrée, la mère malade dut être évacuée avec son enfant sur l'hôpital Necker, où elle ne resta que peu de temps. L'enfant, à sa sortie, de l'hôpital, toussait toujours ; mais il avait un assez bon état général.

Ajoutons que la radiographie avait montré dans le champ pulmonaire droit, au niveau de la ré-

gion juxta-hilaire et dans la région avoisinant le bord droit du cœur, une opacité assez étendue. Le champ pulmonaire gauche présentait un aspect normal.

OBESRVATION II

K... Marcelle, âgée de trois mois, entre le 17 mars 1925, à la nouvelle crèche pour toux durant depuis des semaines, avec le diagnostic médical de bronchite.

La mère est atteinte de laryngite chronique et de bronchite ; elle a été examinée au dispensaire Léon Bourgeois et reconnue indemne de lésions pulmonaires. Le père tousse souvent, mais n'a jamais été examiné ; il n'y a pas d'autres enfants et la mère n'a pas fait de fausses couches.

L'enfant est née trois semaines avant terme, pesant 2 kg. 850 ; elle a fait une ophtalmie purulente double qui a guéri en deux semaines. Elle a été nourrie au sein.

A l'âge de trois semaines, l'enfant se met à tousser, d'une toux sèche, fréquente, quinteuse, se terminant parfois par des vomissements glaireux, si bien que son médecin croit à une coqueluche ; l'examen pulmonaire était à ce moment négatif. L'enfant est envoyé à la Charité ; on lui trouve, dit la mère, une bronchite grave ; de là on envoie la mère et l'enfant à la crèche de l'hôpital Laënnec, parce qu'on soupçonne une tuberculose pulmonaire ; l'examen de la mère ayant été totalement négatif, on les dirige enfin sur la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfant est pâle, abattu, amaigri ; il pèse 2 kg. 920, soit 130 gr. de plus qu'à sa naissance. La température est normale. Il ronfle et a un coryza muco-purulent bila-

téral. Plusieurs fois pendant l'examen, il est pris d'une toux sèche, quinteuse, impérieuse. La respiration est régulière, rapide (50 par minute), son pouls est régulier, sa température est normale. Les extrémités sont légèrement cyanosées.

L'examen des poumons montre une submatité du tiers supérieur du poumon droit, perceptible en avant et en arrière.

L'auscultation permet d'entendre en arrière, au sommet droit, un léger souffle tubaire, et du retentissement de la voix et de la toux ; mais surtout en arrière, dans toute l'étendue du champ pulmonaire droit et dans la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche, on entend de très nombreux râles crépitants, fins et secs, à la fin de l'inspiration. Ces signes s'entendent aussi dans les régions axillaires et au sommet droit en avant.

Le reste de l'examen montre une rate perceptible et un foie légèrement augmenté de volume.

L'enfant boit bien, a des selles un peu mélangées, mais sa ration alimentaire est très insuffisante, sa mère ne lui donnant que 60 à 70 gr. de lait par tétée.

La cuti-réaction est négative, ainsi que la réaction de Bordet-Wasserman.

Les jours suivants pas de changement notable ; les quintes de toux sont aussi fréquentes et aussi intenses ; quelques-unes sont suivies du rejet de mucosités glaireuses purulentes, où l'on trouve de nombreux pneumocoques et pas de bacilles de Koch. Les signes physiques pulmonaire restent aussi intenses et aussi diffus. La dyspnée est assez modérée. L'état général, malgré cela, est satisfaisant ; l'enfant est apyrétique ; il boit bien et ses tétées étant complétées par des biberons de lait Dryco, il augmente de poids, passant de 2 kg. 900 à 3 kg. 300 en vingt jours. Son poids reste ensuite stationnaire ; il fait deux ou trois élévations thermiques durant deux à

trois jours ; ces quintes et ces signes physiques pulmonaires persistent toujours identiques. Son père le fait sortir de l'hôpital un mois après son entrée et force la mère à le sevrer brusquement. Il fait aussitôt des troubles digestifs, paraissant mal supporter le lait de vache, ses selles deviennent vertes, il se met à vomir et meurt trois semaines environ après sa sortie de l'hôpital.

Les quintes de toux avaient paru s'atténuer dans les dernières semaines de sa vie.

La radiographie pulmonaire avait montré des modifications importantes. Le champ pulmonaire droit présentait des opacités diffuses au niveau du tiers supérieur et du tiers inférieur ; le champ pulmonaire gauche une opacité dans le tiers moyen au niveau de la région juxta-hilaire et une autre à la base.

OBSERVATION III

G... Denise entre le 8 juin 1925 à la nouvelle crèche des Enfants-Malades, à l'âge de six semaines, pour une toux durant depuis dix jours.

Elle est née à huit mois, pesant 2 kg. 830 ; l'accouchement a été normal, l'enfant a été nourrie au sein et s'est développée très normalement.

Depuis dix jours, l'enfant paraît de temps en temps respirer difficilement. La toux était d'abord peu fréquente, sèche, durait peu ; elle est devenue peu à peu quinteuse, impérieuse, se déclenchant chaque fois que l'on remue l'enfant, se terminant parfois par un vomissement.

L'enfant est en bon état, d'aspect normal, un peu abattue cependant. Elle pèse 3 kg. 100, n'ayant pris depuis sa naissance que 250 gr. ; elle ne paraît pourtant pas

amaigrie, sa température est normale. Dès qu'on essaie de l'examiner, elle commence à crier et est prise aussitôt d'une toux quinteuse, sèche, impérieuse, qui amène un vomissement et cette toux se renouvelle dès qu'on veut recommencer l'examen. La respiration est un peu rapide, 36 ou 40 à la minute.

A l'examen pulmonaire, on ne trouve aucune modification de la sonorité, mais l'auscultation fait entendre dans tout le poumon droit une pluie de râles fins et secs à la fin de l'inspiration. Ces signes s'entendent aussi dans l'aisselle. A gauche, on entend les mêmes râles, mais seulement dans la moitié inférieure du poumon. En avant on n'entend rien, ni à droite ni à gauche.

Rien d'intéressant à signaler dans le reste de l'examen. La gorge est normale, le foie et la rate normaux.

Il n'y a pas de troubles digestifs, l'enfant boit bien et a de belles selles. La cuti-réaction est négative.

Pendant les jours qui suivent, la toux ne se modifie pas ; elle est toujours quinteuse, impérieuse, provoquée par chaque examen, survenant chaque fois que l'enfant crie ; les signes physiques pulmonaires persistent à droite et s'étendent à gauche.

La température reste normale ; l'enfant boit bien et malgré des vomissements assez fréquents provoqués par sa toux, engraisse de 200 gr. en douze jours ; il sort quinze jours après son entrée, sans que son état ait subi de changements notables.

Sa mère l'amène un mois après à la consultation. La toux a commencé à diminuer quinze jours après sa sortie de l'hôpital, les quintes sont de moins en moins fréquentes et de moins en moins longes. L'enfant n'a toujours pas de fièvre ; il mange bien, a pris 400 gr. en un mois. A l'auscultation des poumons on trouve encore dans la moitié inférieure du poumon droit de nombreux râles crépitants ; mais l'auscultation de la moitié supé-

rieure du poumon droit et l'auscultation du poumon gauche sont devenues normales. L'enfant est revu ensuite trois mois après, au mois d'octobre, puis au début de décembre. Il a cessé complètement de tousser vers la fin d'août. Son auscultation n'a plus rien montré d'anormal lors de ces deux visites.

La radiographie faite pendant son premier séjour à l'hôpital montrait deux champs pulmonaires presque entièrement gris avec des taches plus sombres, assez étendues, au niveau du tiers moyen et du tiers inférieur du poumon droit.

OBSERVATION IV

S... Roger, âgé de deux mois, entre le 25 juillet 1925 à la nouvelle crèche parce que ses parents ont remarqué que depuis plusieurs semaines il tousse souvent, surtout quand on le touche et quand on le remue.

Ses antécédents héréditaires n'offrent pas d'intérêt ; ses parents sont bien portants, ils n'ont pas d'autres enfants.

L'enfant est né à huit mois, pesant 2 kg. 600, l'accouchement a été normal. Nourri au sein par sa mère, il a augmenté de poids très régulièrement, son poids est de 3 kg. 900 à son entrée à l'hôpital.

A l'âge de trois semaines environ, l'enfant se met à tousser quand on le change, au moment des tétées ; cette toux provoque assez souvent des vomissements contenant des mucosités vertes et épaisses. La mère ne note pas de troubles dyspnéiques ; l'enfant, dit-elle, a toujours respiré facilement. L'enfant boit bien, augmente régulièrement de poids, ne paraît pas avoir de fièvre. Mais la toux devient plus fréquente et finit par inquiéter les parents qui conduisent l'enfant à l'hôpital.

C'est un enfant bien constitué, d'apparence normale, un peu pâle. Quand on le prend pour l'examiner, il survient une toux sèche, impérieuse, quinteuse qui persiste par intervalles pendant presque tout l'examen. La respiration est rapide, à 40 ou 50 à la minute, coupée de quelques pauses, avec un léger tirage sus et sous-sternal ; le pouls bat à 120, la température est normale.

A l'examen des poumons on ne trouve aucune modification de la sonorité, mais l'auscultation montre des signes importants. En arrière, on entend dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche de nombreux râles secs et très fins éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration. On entend aussi les mêmes râles dans le tiers inférieur du poumon gauche, en arrière. Il n'y a, dans ces mêmes zones, ni souffle, ni retentissement du cri, ni de la toux. Dans les aisselles et en avant on n'entend rien d'anormal.

Le reste de l'examen est négatif, la gorge est normale, il n'y a pas de signes d'adénoïdite, le foie et la rate sont normaux. La cuti-réaction est négative.

L'enfant ne reste à l'hôpital que cinq jours pendant lesquels son état ne se modifie pas ; la toux est toujours fréquente et impérieuse ; les signes physiques pulmonaires restent identiques ; l'état général est bon, l'enfant augmente de 150 gr. en cinq jours et n'a pas de fièvre.

Sa mère le ramène à l'hôpital un mois après ; il ne tousse presque plus ; l'auscultation permet encore d'entendre quelques râles secs et fins dans une zone très limitée de la base droite. L'état général est excellent. L'enfant n'est plus revenu à l'hôpital ; mais nous savons qu'il est maintenant très bien portant.

La radiographie ne montra pas de modifications importantes des champs pulmonaires.

OBSERVATION V

Odette D..., trois semaines, née le 30 mars 1926. Entrée le 19 avril 1926. Née à huit mois, pesant 2 kg. 200, premier enfant, parents bien portants, nourrie au sein.

Quatre jours après la naissance, conjonctivite suppurée double à microbe banal (staphylocoque) pour laquelle on l'amène à l'hôpital.

Le lundi 26 avril, l'enfant se met à tousser, toux banale, peu fréquente, sèche.

Le mardi 27, l'enfant tousse un peu plus, ronfle, on l'amène consulter à la nouvelle crèche (Docteur Debré) où l'on trouve un foyer de râles à bulles fines à la partie inférieure du poumon gauche. L'ensemencement du nez et de la gorge pratiqué reste négatif.

Le 28, la toux augmente de fréquence et d'intensité, la température, jusqu'alors normale, s'élève à 39°. (Mais un vaccin antivariolique a été pratiqué le 21 avril).

Le 29, l'enfant paraît mal, est abattue, la toux est impérieuse, très fréquente, la température est à 38, elle est très pâle, a une respiration superficielle et irrégulière ; on reçoit l'enfant à la nouvelle crèche.

L'enfant, très pâle, abattue, tousse quand elle s'agite un peu ou quand elle se met à pleurer.

La respiration est irrégulière, avec léger tirage, peu de battements des ailes du nez, pas de cyanose, pas de ronflement, pas d'écoulement nasal.

La percussioin dénote une légère submatité à droite. A l'auscultation on trouve à gauche, en arrière et dans l'aisselle, du haut en bas, un mélange de râles secs fins et de râles à petits bulbes ; à droite, en arrière et dans l'aisselle, râles secs, crépitants, du haut en bas.

La température est à 37°2. La respiration à 72.

Le 2 mai. On note un écoulement nasal, de la polypnée,

du tirage, pas de troubles digestifs ; l'enfant n'a pas pris de poids, mais n'a pas maigri.

Le 4 mai. L'enfant tousse de plus en plus, les signes pulmonaires ont diminué à gauche, mais augmenté à droite.

Le 6 mai. Le murmure vésiculaire a disparu complètement à gauche. On trouve une matité franche à la base.

Une ponction ramène 50 cc. de pus franc, dont nous nous proposons de rechercher le germe. La température est à 39. L'enfant est abattu.

Cette complicatioin vient signer la nature infectieuse de l'affection.

OBSERVATION VI

Bernard Q... Enfant né à terme, 7 livres, normal, alimentation artificielle bien réglée (lait condensé sucré).

Vers le quinzième jour, la mère constate que l'enfant a une respiration précipitée, avec un peu de tirage.

L'accoucheur déclare qu'il s'agit d'un léger rhume et ne paraît pas y attacher d'importance.

Cependant cet état s'accentue. Au bout d'un mois, il existe une respiration bruyante, rapide, et l'enfant tousse, par quintes, plusieurs fois par jour.

La mère a eu plusieurs bronchites ; pendant la grossesse (en juillet), elle a eu une toux coqueluchoïde ayant duré des semaines.

Un frère est mort de méningite. Une sœur, actuellement très bien portante, a présenté des signes nets d'adénopathie trachéo-bronchique.

Les grands parents ont eu des accidents de spécificité nerveuse probable.

Vers la cinquième semaine, l'état devient plus impressionnant ; l'enfant souffre d'un tirage sus et sous-sternal

et intercostal, sans température, s'alimentant assez bien et augmentant régulièrement, bien que restant en dessous de la normale.

Le 31 octobre 1925, lors d'un premier examen, l'enfant âgé de six semaines, est dyspnéique, cyanosé, avec du battement des ailes du nez, un tirage intense, une respiration bruyante ou précipitée.

S'il n'y avait pas une température normale, on pourrait se croire en présence d'une bronchite capillaire.

L'enfant tousse presque sans arrêt, et dès qu'on le remue, à chaque biberon, il a une quinte suivie d'une expectoration muqueuse.

Pas de zones de matité à la percussion.

A l'auscultation, véritable bruit de tempête ; râles ronflants et sibilants disséminés, avec râles fins à la partie moyenne, à gauche, en arrière.

Pouls rapide, bien frappé.

Foie et rate normaux.

Le diagnostic est difficile à poser : la coqueluche est invraisemblable, l'enfant n'a pu subir aucun contact contaminant. L'auscultation plaide contre ce diagnostic. On envisage l'hypothèse d'un asthme avec bronchite et on prescrit : des enveloppements sinapisés, inhalations d'oxygène, une piqûre quotidienne de chlorhydrate d'émétine à 0,01 cent.

Pendant cinq jours l'état reste stationnaire et assez alarmant, toujours sans température.

Selles normales. Alimentation bonne.

Une radiographie montre des ombres diffuses. Un état « voilé » des poumons, sans localisation nette.

Vers le 20 novembre, l'état s'améliore ; cependant l'enfant reste dyspnéique, haletant, avec tirage persistant. L'enfant est examiné par MM. Méry et Debré ; le diagnostic d'œdème pulmonaire subaigu curable des nouveaunés est posé. Il existe des râles diffus du type crépitant,

des deux côtés ; la toux apparaît dès qu'on remue l'enfant ou dès qu'il s'alimente ; l'aspect de l'enfant est bon et la température normale.

On prescrit de l'ipéca à petites doses et de la teinture de scille.

A partir du début de décembre, l'amélioration se précise.

La toux diminue, la dyspnée et le tirage sont moins marqués.

Il existe, par moment, un état de rémission.

L'enfant paraît sensible aux variations atmosphériques ; il a des jours de calme et des périodes de tirage.

Enfin, en février, il paraît complètement guéri.

Revu en mars, il donne l'impression d'un bébé parfaitement bien portant. Agé de six mois, il pèse 1/4 livres, est placide, ne tousse plus, n'a plus aucun tirage.

L'auscultation est complètement négative.

CHAPITRE III

Symptômes

Ces observations présentent entre elles des analogies frappantes.

La première nous avait beaucoup intrigués et nous n'avons pu mettre sur elle aucune étiquette nosologique précise.

Les observations suivantes nous ont montré qu'il ne s'agissait pas d'un cas exceptionnel, et que le syndrôme présenté par ces enfants avait des caractères nettement définis, et d'une remarquable fixité, qui permettent de le décrire avec une précision suffisante, ainsi que nous allons essayer de le faire maintenant.

Ces enfants ne paraissent présenter aucune tare héréditaire certaine. Leurs parents ne sont ni des syphilitiques ni des tuberculeux ; leurs mères, pendant la grossesse, n'ont eu aucune maladie ; les accouchements ont été faciles, sans incidents d'auc-

ne sorte. Le seul fait à noter, sans que, d'ailleurs, on en puisse tirer aucune déduction, est que la plupart d'entre eux sont nés un peu avant terme, avec un poids variant de cinq à six livres.

Pendant les premières semaines de leur existence, ces enfants qui, tous, étaient élevés au sein ont poussé normalement.

A l'âge de deux ou trois semaines environ, ils commencent à tousser. Cette toux est d'abord légère, peu fréquente, survenant de temps à autre dans la journée, surtout au moment des repas ; elle n'inquiète pas les parents, d'autant que, par ailleurs, l'enfant ne paraît pas malade, continue à bien s'alimenter et à prendre du poids.

Peu à peu, la toux augmente de fréquence et d'intensité ; l'enfant est pris de véritables quintes qui surviennent surtout au moment des repas ou lorsque l'enfant crie et s'agite ; cette toux impérieuse trouble le sommeil et rend parfois l'alimentation difficile.

L'état de l'enfant continue pourtant à être assez satisfaisant ; il n'a pas de fièvre, boit suffisamment, a de belles selles et augmente de poids assez régulièrement ; et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'inquiétés par cette toux opiniâtre, les parents amènent leur enfant à un médecin. Quelquefois pourtant, après plusieurs semaines de bonne santé apparente, surviennent de la fièvre et des troubles digestifs, mais même alors la toux reste le signe essentiel et prédominant.

Ces bébés, à l'examen, ont un aspect normal ou presque normal. Ils ne sont ni amaigris, ni déshydratés, sauf dans les cas où il existait une hypo-alimentation ou des troubles digestifs. Ils sont pourtant plus pâles et plus abattus que les enfants de leur âge. Lorsqu'on veut les examiner, ils se mettent vite à tousser, d'une toux quinteuse, impérieuse, qui se prolonge souvent tant que l'examen n'est pas fini. L'enfant devient souvent cyanotique et rejette parfois des mucosités glaireuses ou muco-purulentes.

Leur respiration est rapide, quarante à soixante par minute. Elle est souvent gênée. Le plus souvent, cette dyspnée est légère, ne s'accompagne pas de tirage ou d'un tirage sous-sternal très léger. Nous l'avons vu pourtant être très intense, s'accompagnant d'un tirage sus-sternal, sous-sternal et intercostal très marqué. L'un de nos malades présentait de plus des troubles du rythme respiratoire, une respiration irrégulière avec des pauses durant de six à dix secondes, rappelant le rythme de Cheyne-Stokes.

Toux et dyspnée attirent l'attention vers l'appareil respiratoire.

Les voies respiratoires supérieures ne paraissent pas touchées ; il n'y a pas de signes d'adénoïdite, pas de ronflement, pas d'écoulement nasal, pas de muco-pus descendant du rhino-pharynx, la gorge est normale.

L'examen des poumons fournit, par contre, des renseignements capitaux.

La percussion montre parfois une légère submatité dans une région limitée du thorax, mais le plus souvent ne donne que peu d'indications.

L'auscultation, au contraire, donne le signe capital, caractéristique du syndrôme, la présence sur une grande étendue des champs pulmonaires de râles très fins, secs, nombreux, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration, correspondant à la définition classique des râles crépitants. Ces râles crépitants peuvent s'entendre dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires, en arrière, en avant et dans les aisselles. Le plus souvent on les entend en arrière sur toute la hauteur d'un poumon et dans la moitié inférieure de l'autre poumon ; on les entend aussi dans les aisselles, mais peu ou pas en avant.

Presque toujours ces râles crépitants sont seuls perçus.

Chez un de nos petits malades on percevait, de plus, un souffle tubaire dans une zone limitée d'un des deux poumons. Il n'y a pas de retentissement du cri ni de la toux.

Le reste de l'examen est habituellement négatif : l'appareil digestif est normal, le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

La température est soit normale, soit peu élevée, ne dépassant pas 38° ou 38°5 et retombant vite à la normale.

Malgré ce bon état général, malgré l'absence de fièvre et de troubles digestifs, devant ces signes pulmonaires impressionnants, cette pluie de râles remplissant les deux poumons, cette dyspnée, cette toux opiniâtre, on est tenté de croire à une affection pulmonaire des plus sérieuses pouvant mettre rapidement en danger la vie de l'enfant.

Mais les jours se passent et l'état du bébé ne s'aggrave pas ou s'améliore. La température ne monte pas l'appétit reste suffisant ; l'enfant ne vomit pas ; ses selles sont belles ; il augmente de poids assez régulièrement. Les signes respiratoires pourtant restent aussi intenses, la toux persiste quinteuse, impérieuse, parfois presque incessante, la respiration est toujours rapide et difficile ; les signes physiques restent fixes, les râles crépitants s'entendent toujours sur une grande étendue et avec la même intensité.

Cet état paradoxal caractérisé par la bénignité des signes généraux et l'intensité des troubles pulmonaires persite pendant des semaines. Au bout d'un mois et demi ou de deux mois la toux diminue de fréquence et d'intensité, perd peu à peu son caractère quinteux. La respiration se ralentit et devient facile. En même temps les poumons se dégagent peu à peu. Les râles qui gardent jusqu'au bout les mêmes caractères s'entendent sur une étendue de moins en moins grande et finissent par disparaître.

Cette période de régression, toujours lente et progressive, dure au moins deux ou trois semaines,

l'évolution totale de la maladie ayant été de deux mois et demi ou trois mois.

Un seul de nos malades est mort, alors qu'il paraissait en voix d'amélioration ; mais il venait d'être sevré brusquement et a succombé à des troubles digestifs cholériformes dus à des fautes alimentaires graves et nous pouvons dire, qu'en règle générale, ces malades guérissent et guérissent complètement, sans séquelle d'aucune sorte et sans qu'il y ait de rechutes.

Ajoutons que l'examen radiographique de ces petits malades montre, soit dans un des champs pulmonaires, soit dans les deux poumons, des opacités mal limitées, peu nettes, occupant des zones plus ou moins étendue du parenchyme.

La cuti-réaction et la réaction de Bordet-Wassermann ont toujours été négatives.

Le plus habituellement, l'affection que nous décrivons est bénigne.

Après un temps plus ou moins long, l'enfant redevient parfaitement normal, et même la croissance est à peine arrêtée durant la maladie.

Il nous faut signaler une forme plus rare ; mais plus grave, où l'infection de l'organisme est plus profonde. L'enfant dépérit, et des complications infectieuses peuvent survenir, telle la pleurésie purulente signalée dans l'observation V.

CHAPITRE IV

Diagnostic

En l'absence de toute vérification anatomique, il est bien difficile de mettre sur ce syndrôme une étiquette nosologique certaine. On peut cependant, en procédant par élimination, écarter avec plus ou moins de facilité un certain nombre d'affections.

Il ne s'agit certainement pas d'une tuberculose du nourrisson. Le début dans les toutes premières semaines de la vie et la bénignité constante de l'affection suffiraient à écarter ce diagnostic. De plus, la cuti-réaction s'est montrée constamment négative, et l'on ne retrouve pas de contact infectant dans l'entourage.

Toux et dyspnée coexistants avec un léger syndrome infectieux pourraient faire penser à l'asthme infantile qui revêt presque toujours, comme l'a montré Trousseau, une forme spéciale bronchitique ou catarrhale.

Un nourrisson est pris d'un rhume d'apparence banale, avec coryza et toux ; celle-ci est fréquente et pénible. Mais c'est brusquement que s'installe la dyspnée, elle revêt toujours une violente intensité ; les ailes du nez battent ; le visage est angoissé ; il existe un certain degré de cyanose. La température s'élève à 38-39, le pouls est rapide. De plus, un signe attire l'attention, c'est un sifflement vibratoire qui s'entend à distance.

A l'auscultation, ce sont des râles bronchiques ronflants, sibilants, que l'on perçoit surtout à l'expiration, avec parfois des râles muqueux en foyer, voir même un léger souffle très limité et variable.

L'expiration est très prolongée. D'ailleurs ce syndrôme est de courte durée, en trois ou quatre jours la dysnnée disparaît brusquement, la fièvre tombe, les râles sont nombreux, plus humides ; les sibilances-expiratoires s'effacent et la guérison survient.

Il est facile aussi, habituellement, d'éliminer la bronchite capillaire, à laquelle on pense d'emblée, lorsque l'auscultation fait entendre cette pluie de râles crépitants étendue à toute la surface des champs pulmonaires.

Chez tous nos petits malades manquaient entièrement les signes généraux si angoissants de cette affection : température à 40°, pouls rapide et défaillant, enfant à la fois asphyxique et profondément intoxiqué, deshydratation rapide.

D'ailleurs l'évolution, presque toujours fatale à brève échéance, trancherait vite le diagnostic.

Chez les nourrissons athrepsiques, prématurés ou non, le diagnostic est parfois plus difficile. L'enfant, en effet, ne réagit pas. La température reste voisine de la normale, avec des petites oscillations ; la toux est presque nulle, pas de dyspnée. Au lieu du bruit de tempête des formes habituelles, c'est à peine si dans l'inspiration forte on peut percevoir quelques râles fins aux bases et dans la gouttière vertébrale où la respiration est un peu diminuée.

Mais l'enfant apparaît profondément atteint et le pronostic est, d'ailleurs, habituellement fatal.

A cette forme latente de la broncho-pneumonie du nourrisson correspondent, d'ailleurs, à l'autopsie des lésions particulières : association des lésions histologiques banales de la broncho-pneumonie à ce que Marfan appelle la « pneumopathie des athrepsiques. »

Mais un diagnostic est beaucoup plus difficile à écarter d'une manière certaine. Il avait même été porté chez un de nos petits malades avant son entrée à l'hôpital, c'est celui de coqueluche.

Les caractères de la toux, parfois suivie du rejet de mucosités glaireuses, pourraient y faire penser et faire mettre les signes pulmonaires sur le compte d'une broncho-pneumonie coquelucheuse surtout que, chez le nourrisson, la coqueluche revêt une forme fruste, peu caractéristique. Les quintes sont loin d'être typiques ; les reprises peuvent manquer. C'est une toux répétée avec un état parfois asphyxique de l'enfant, des vomissements importants qui entraînent souvent une grosse dénutrition.

La broncho-pneumonie est fréquente.

Nous avons pourtant rejeté cette hypothèse, étant donné la rareté de la coqueluche dans les premières semaines de la vie.

Cependant, la coqueluche peut se rencontrer chez le tout jeune nourrisson, mais elle revêt alors une forme particulièrement grave : nous avons pu observer une épidémie de coqueluche, dans une pouponnière de débiles à la fondation Blum-Ribes de Montreuil-sous-Bois, ou sur six cas de coqueluche il y a eu cinq décès. La gravité de ces cas de coqueluche les différencie du syndrôme que nous étudions dans notre thèse.

D'autre part, les enfants dont nous rapportons les observations n'ont eu, pour ainsi dire aucun contact avec l'extérieur, ils n'ont pas approché d'enfant atteint de coqueluche ; les troubles pulmonaires décrits plus haut diffèrent tant au point de vue stéthacoustique qu'au point de vue de l'évolution des broncho-pneumonies accompagnant habituellement la coqueluche.

Signalons qu'on a déjà rencontré l'œdème aigu du poumon dans la coqueluche.

Les recherches bactériologiques ne peuvent, d'ailleurs, trancher la question, car le cocco-bacille de Bordet-Gengou ne se rencontre que d'une manière temporaire et très précoce dans la gorge des enfants coquelucheux. Or, nous n'avons été amenés à examiner nos petits malades qu'assez tardivement.

CHAPITRE V

Pathogénie

Les râles crépitants qui constituent le signe clinique prédominant étant les râles habituellement rencontrés dans les œdèmes pulmonaires, c'est à ce diagnostic que nous avons pensé.

Il ne saurait s'agir d'un œdème pulmonaire d'origine rénale tels ceux qu'ont décrit Rilliet et Barthez, au cours de la néphrite scarlatineuse. Les urines se sont toujours montrées normales. Nous n'avons vu, d'ailleurs, aucun œdème périphérique.

Rien ne permet d'en rapporter la cause au cœur. Il faut éliminer aussi, à cet âge, ces œdèmes pulmonaires réflexes décrits par le professeur Hutinel dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

Au contraire, la plupart des symptômes tant physiques que fonctionnels et généraux rapprochent le syndrôme que nous décrivons des œdèmes infectieux subaigus que l'on a décrits chez l'adulte.

De nombreux auteurs parmi lesquels Caussade et son élève Logre, dans sa thèse, ont attiré l'attention sur cette affection.

On peut distinguer avec Logre :

1° *L'œdème subaigu du sommet*, qui simule le tableau clinique d'une tuberculose pulmonaire au début, ou ramollie.

2° *L'œdème pleuro-pulmonaire*, où la lésion s'accompagne d'un épanchement pleural plus ou moins abondant.

3° *Un œdème à forme de spléno-pneumonie* localisé habituellement à la base, et qui simule une pleurésie.

4° *Enfin, l'œdème infectieux pseudo-pneumonique* ou *pneumonie œdémateuse de Cruveilher*, qui simule souvent la pneumonie ou la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Il siège souvent chez l'adulte à la partie moyenne du poumon.

Son début assez rapide est marqué par un léger frisson avec un point de côté.

Il se manifeste par une toux quinteuse, persistante, fatiguante, sèche au début, toujours accompagnée d'une dyspnée marquée. La température est assez souvent au-dessus de la normale, un peu oscillante.

L'expectoration peut manquer au début ; mais, plus tard, au cours de ces quintes angoissantes, le

malade rejette des crachats spumeux, aérés, assez souvent rosés ou striés de sang et qui laissés en repos se divisent en deux couches :

Une couche supérieure muqueuse ou muco-purulente.

Une couche inférieure fluide, séreuse, transparente.

Cette expectoration est abondante, chez l'adulte, et albumineuse.

L'examen physique révèle :

Un foyer de matité plus ou moins étendu, de l'abolition des vibrations vocales.

A l'auscultation, on constate du silence respiratoire avec des bruits adventices : un souffle inconstant, doux, lointain, expiratoire à type pleural et surtout des râles crépitants ou sous-crépitants fins, abondants souvent inégaux, perçus surtout à la fin de l'inspiration. On peut noter aussi de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone et assez souvent des frottements pleuraux.

A la radioscopie on constate une ombre diffuse et arrondie et d'intensité variable.

L'état général est assez touché, mais l'évolution est presque toujours favorable, bien que fort lente. Elle est souvent coupée de rémissions, de recrudescences, véritables poussées fluxionnaires.

La terminaison de l'affection est parfois marquée par des phénomènes critique atténués.

Dans ce tableau symptomatique, dont un certain nombre d'éléments ne peuvent se rencontrer chez

l'adulte, de nombreux traits font penser au syndrôme que nous rapportons.

La toux quinteuse, la dyspnée, les signes d'auscultation, l'évolution, sont tout à fait comparables.

De plus, on sait avec quelle facilité les enfants font des œdèmes de toute sorte. D'après M. Ribadeau-Dumas (conférence faite à la Société de pédiatrie de Strasbourg, 1926), chez les athrepsiques morts d'affection pulmonaire à allure clinique de broncho-pneumonie traînante, l'autopsie et l'examen histologique révèlent souvent une grosse réaction œdémateuse intra et péri-alvéolaire. On peut peut-être en rapprocher les constatations de son élève Jean Meyer. Dans sa thèse, cet auteur a étudié, par la perspiration, le métabolisme de l'eau dans les broncho-pneumonies des nourrissons. Dans la plupart des cas, la perspiration est fortement augmentée ; parfois, au contraire, elle est anormalement basse ; il y a alors augmentation du poids et œdème. Cet œdème est donc dû à une rétention d'eau au dépens de l'évaporation cutanée et pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, il nous a semblé que l'on pouvait conclure, dans les cas qui nous occupent, à un œdème pulmonaire d'origine infectieuse évoluant d'une façon lente, subaiguë, développée peut-être autour de foyers de condensation que peut déceler l'examen radiologique.

Cette conception reste évidemment sujette à des critiques, mais c'est elle qui nous semble la plus logique, c'est la seule qui nous paraisse expliquer la

présence de ces râles fins, secs et diffus, qui caractérisent le syndrôme et le distingue de la bronchite commune.

De plus, l'apparition d'une pleurésie purulente chez l'un des enfants, semble bien prouver qu'un élément infectieux préside à la pathogénie.

Conclusions

Les observations rapportées dans notre travail permettent d'individualiser un syndrôme clinique donts les principaux caractères sont :

I. Le début dans les premires mois de la vie, vers trois semaines en général, chez des enfants bien constitués ne présentant aucune tare héréditaire et dont les premières semaines se sont écoulées sans incident.

II. Le début clinique de la maladie est marqué par une toux d'abord peu fréquente, peu intense, d'allure banale, mais qui devient, au bout de huit ou dix jours, opiniâtre, impérieuse, quinteuse, survenant chaque fois que l'on veut toucher l'enfant, s'accompagnant de cyanose et suivie parfois du rejet de matières alimentaires et de mucosités glaireuses.

La toux constitue l'unique symptôme révélateur de l'affection ; l'état général reste bon ; l'enfant continue à s'alimenter normalement, il digère bien, augmente de poids et n'a pas de fièvre ou une fièvre minime.

III. L'examen clinique montre une dyspnée constante, le plus souvent peu intense avec léger tirage. La percussion ne donne que peu de renseignements. C'est l'auscultation du poumon qui fournit le symptôme capital ; on entend d'une façon constante dans la totalité ou dans une grande partie des champs pulmonaires une pluie de râles fins, éclatant par bouffée à la fin de l'inspiration.

Le reste de l'examen est totalement négatif.

IV. Pendant deux mois environ, l'état de l'enfant reste stationnaire. Il continue toujours à s'alimenter et à prendre du poids ; il a peu ou pas de fièvre, et malgré cette absence presque totale de signes généraux, il continue à avoir la même toux aussi fréquente et aussi intense ; il a toujours une légère dyspnée et ses poumons sont toujours remplis de râles crépitants aussi nombreux et aussi étendus.

V. Après deux mois, l'affection diminue peu à peu d'intensité et évolue lentement vers la guérison, la toux diminue progressivement, les râles crépitants s'entendent dans un espace de plus en plus restreint, puis disparaissent complètement.

V. Le pronostic est donc bon, il ne paraît pas y avoir de séquelles ; la croissance de l'enfant se poursuit normalement.

VII. Le diagnostic exact est très difficile à établir en l'absence de toute vérification anatomique. Nous pouvons éliminer d'une façon certaine l'asthme, la

tuberculose du nourrisson, la coqueluche, la bronchite capillaire ; nous croyons qu'on peut considérer ces cas, étant donnés leurs signes physiques assez particuliers, comme des œdèmes infectieux subaigus et bénins développés peut-être autour de foyers pulmonaires congestifs, la radiographie nous ayant en effet montré, dans presque tous les cas, des ombres floues, mal limitées, disséminées dans les champs pulmonaires.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

1. Armand-Delille. — In Traité de Pathologie Médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. — Tome XXIV, Pédiatrie.
2. Bouchut. — Traité pratique des maladies du nouveau-né. — 7e Ed. 1878.
3. Calmus. — De la nature œdémateuse de quelques affections aiguës pleuro-pulmonaires (type Woillez, fluxion de poitrine, cortico-pleurite). — Thèse de Paris, 1924.
4. Comby. — Traité des maladies de l'enfance.
5. Harvier. — Mal. du poumon. — In traité de médecine de Roger, Widal, Teissier.
6. Hénoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Traduction française d'après la 2e Ed., 1883.
7. Hutinel. — Œdème pulmonaire du sommet et adénopathie trachéo-bronchique. — *Journal des Praticiens*, août 1909.
8. — *Gazette des Hôpitaux*, 13 janvier 1911.
9. — Les œdèmes des nourrissons. — *Journal des Praticiens*, 6 juillet 1912.
10. Le Brigand. — Syndromes aigus de condensation pulmonaire dans la 1re enfance. — Thèse de Paris 1924.
11. Lesage. — Traité des maladies du nourrisson.

12. Logre. — Les œdèmes infectieux du poumon. — Th. de Paris, 1913.
13. Marfan. — Etats morbides ordinairement associés à l'hypothrepsie et à l'athrepsie. — *Le Nourrisson*, mai 1921, p. 132.
14. — Les broncho-pneumonies du nourrisson. — *Journal des Praticiens*, juillet-août-sept. 1922.
15. — Traité des maladies du nourrisson.
16. Jean Meyer. — Détermination de certaines réactions tissulaires du nourrisson par la pesée horaire. — *Bull. de la Soc. de Biolog.*, 29 avril 1923.
17. — La broncho-pneumonie. Etude physio-pathologique et thérapeutique. — Th. de Paris, 1923.
18. Rilliet et Barthez. — Traité des maladies des enfants, 3e éd., 1884.
19. Ribadeau-Dumas. — Conférence à la Soc. de Pédiatrie de Strasbourg (mars 1926).
20. Rondy. — Catarrhes et bronchites. Etude historique. — Thèse de Paris, 1923.